CONCOURS D'AGRÉGATION

JANVIER 1892

SECTION DE MÉDECINE ET DE MÉDECINE LÉGALE

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR J. BRET

DE LYON

PARIS

IMPRIMERIE D. JOUAUST

Rue de Lille, 7

1892

I

TITRES SCIENTIFIQUES

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

(1887-1891)

PRÉPARATEUR DU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

(1888-1892)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

(Concours de 1882)

II

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

Essai de différenciation de la Pneumonie aiguë hyperplasique avec les diverses formes de pneumonies chroniques. — Étude anatomo-pathologique.

(*Thèse de Lyon*, juillet 1891.)

Nous désignons sous le nom de pneumonie aiguë hyperplasique un mode particulier d'évolution de la pneumonie aiguë caractérisé, au point de vue anatomo-pathologique, par la prolifération des éléments conjonctifs et épithéliaux du poumon, et qui aboutit à l'édification précoce d'une sclérose répartie dans une étendue plus ou moins grande de l'organe. Ce sont là

des faits assez rares, et qui ont reçu des interprétations différentes.

Nous avons constaté, avec la plupart des auteurs, indépendamment des caractères macroscopiques par lesquels se traduit à l'œil nu la sclérose pulmonaire, que le travail hyperplasique porte sur tous les éléments conjonctifs : tissu conjonctif sous-pleural, interlobulaire, interalvéolaire, et intéresse à la fois et l'épithelium bronchique, et l'endothelium alvéolaire. En plus, nous avons suivi les diverses étapes parcourues par les lésions depuis leur degré le moins accusé jusqu'au remaniement complet du tissu pulmonaire. Nous voyons alors que, dans les lésions du début, ce qui nous frappe surtout, c'est la multiplication des cellules endothéliales et leur desquamation; en outre, elles dégénèrent et donnent naissance à des amas granuleux de désintégration. Peu à peu, l'hyperplasie conjonctive s'accuse, amenant d'abord un simple épaississement scléreux de la paroi de l'alvéole, pour aboutir, en fin de compte, à de vastes nappes conjonctives qui comblent les cavités alvéolaires dont le damier n'est plus reconnaissable.

Mais, entre ces deux termes extrêmes de l'évolution pneumonique, il y a des étapes intermédiaires où se dessinent très nettement les rapports étroits qui unissent la multiplication endotheliale à la formation des éléments conjonctifs.

Nous nous représentons le processus hyperplasique de la pneumonie aiguë comme le résultat d'une véri-

table adaptation des cellules jeunes aux dispositions morphologiques du poumon. Là où elles sont déposées en trop grand nombre, exsudées en trop grande abondance, elles sont désormais vouées au rôle d'éléments conjonctifs, elles sont entraînées par l'exsudat liquide qui accompagne la diapédèse cellulaire, et vont former les assises successives de cellules fusiformes et de cellules plates qui augmentent l'épaisseur des parois alvéolaires et comblent progressivement la cavité de l'alvéole. Ainsi s'explique la disposition tourbillonnée, l'arrangement circulaire des éléments du tissu conjonctif néoformé. Mais dans les points où les cellules peuvent se fixer, c'est-à-dire dans les parties centrales de l'exsudat, elles prennent des formes épithéliales de plus en plus différenciées.

Ainsi déduite de la simple observation de détails histologiques, l'idée que nous nous faisons du travail hyperplasique de la pneumonie répond exactement à l'opinion que notre maître, M. le professeur Raymond Tripier, a exprimée au sujet de la constitution des tubercules miliaires, et qui doit se généraliser à toute espèce d'inflammation.

Quant à la cause de ce processus si spécial, nous croyons qu'elle réside dans l'essence même de la maladie, et ressortit à une modalité particulière des agents infectieux de la pneumonie.

II

Cancer de l'utérus et des ovaires. — Péritonite chronique avec épanchement cloisonné en ayant imposé au début pour un kyste de l'ovaire.

(En collaboration avec M. le docteur Roux, chef de travaux de clinique médicale.)

Cette observation montre l'extrême utilité de l'examen physique et chimique des liquides retirés par la ponction dans le diagnostic des épanchements péritonéaux.

Dans ce cas, l'ensemble des signes cliniques observés avant la ponction permettait de conclure dans le sens d'un kyste de l'ovaire. Plus tard, après évacuation du liquide, apparaissaient de nouveaux symptômes qui conduisirent à un examen plus complet, à la suite duquel on porta définitivement le diagnostic de péritonite cancéreuse consécutive à un néoplasme de l'utérus; diagnostic vérifié par l'autopsie.

Simultanément, l'analyse du liquide retiré par la ponction conduisait à des conclusions identiques, basées sur les constatations suivantes :

1° Présence, en notable quantité, de l'hydropisine ou

paraglobuline précipitable par le sulfate de magnésie;

2° Absence de mucine et de pseudo-mucine;

Double résultat qui permet de conclure à l'origine péritonéale du liquide;

3° Proportion d'albumine répondant au chiffre de 3,6, qui, suivant les tables de Runeberg, répond à des lésions *carcinomateuses* ou *inflammatoires* du *péritoine* avec *cachexie*.

III

Note sur quelques cas de tubercule sous-cutané douloureux.

(*Province médicale,* août 1890.)

Des tumeurs des types histologiques les plus différents peuvent donner naissance au syndrôme du tubercule sous-cutané douloureux, — si constant cependant dans sa physionomie clinique.

Nous en rapportons trois observations.

L'examen histologique nous a montré que les tumeurs étaient constituées par un myome, un épithéliome sudoripare et un angiome sous-cutané; ces deux dernières se trouvaient en connexion avec des filets nerveux.

Le myome douloureux était constitué par un ensemble de fibres lisses offrant des caractères absolument semblables aux faisceaux des *arrectores pilorum*

situés sous la peau normale, au-dessus de la tumeur, et qui paraissaient hypertrophiés.

La fréquence des myomes douloureux serait plus accusée qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. (Malherbe. — Communication. — Congrès de chirurgie, 1886.)

IV

Contribution à l'étude du Cancer primitif du Pancréas

(*Province médicale*, 1891.)

Les signes cliniques que l'on attribue à cette affection constituent dans la plupart des cas des moyens suffisants de diagnostic; ce sont : un ictère sombre toujours progressif et sans rémissions, une distension énorme de la vésicule biliaire, facilement perceptible à la palpation; absence d'augmentation de volume du foie; température habituellement hyponormale; amaigrissement et cachexie rapides; courte durée de la maladie. Ces symptômes existaient dans le plus grand nombre des observations que nous avons discutées ou publiées.

Au contraire, la glycosurie est un signe très inconstant, de même l'existence de selles graisseuses fait très souvent défaut Ces deux symptômes, d'une très

grande valeur dans le diagnostic d'altérations étendues, généralisées du pancréas (sclérose), perdent ici leur importance du fait de la localisation du processus néoplasique en général restreinte à une portion plus ou moins étendue de la tête du pancréas.

On peut s'aider plus utilement des résultats fournis 1° par l'examen du chimisme stomacal, 2° par la recherche du coefficient urotoxique, qui permettent d'éliminer ou de soupçonner l'existence d'un néoplasme de l'estomac ou du foie.

Au point de vue anatomo-pathologique, un point particulier ressort de cette étude, c'est que l'ictère noir progressif du cancer du pancréas, ictère qui persiste parfois après la cholécystotomie, a pour cause d'abord la rétention par obstacle au cours de la bile, et plus tard la production d'un véritable cirrhose biliaire.

V

Contribution à l'étude du Cancer secondaire du cœur.

(*Revue de medecine*, décembre 1891.)
(En collaboration avec M. le docteur Pic.)

Le cancer secondaire du cœur, d'une extrême rareté, obéit cependant aux lois générales de l'évolution et de la généralisation des tumeurs secondaires.

Sa texture histologique reproduit fidèlement le type cellulaire de la tumeur primitive. Les observations publiées jusqu'ici ont toutes trait à des épithéliomes, les uns épidermiques, les autres cylindriques ou glandulaires. La généralisation se fait exceptionnellement par la voie lymphathique ; le plus souvent, au contraire, elle s'opère par la voie veineuse ; dans ce cas, la petite circulation semble le lieu de passage obligé pour les particules cancéreuses, et l'envahissement du cœur exige la présence dans le poumon d'une localisation intermédiaire de la greffe cancéreuse. Dans nos observations personnelles, le poumon a, en effet, toujours été atteint.

VI

Du décollement traumatique des épiphyses.

(*Anatomie pathologique. Troubles d'accroissement.*)
(En collaboration avec le docteur CURTILLET.)
(*Province médicale*, janvier 1892.)

Depuis les recherches anatomo-pathologiques de Foucher sur le décollement traumatique épiphysaire, la plupart des auteurs ont admis avec lui que la disjonction épiphysaire était possible ; en d'autres termes, que la séparation pouvait se faire nettement entre le tissu osseux de la diaphyse et le cartilage de conjugaison, sans que celui-ci entraînât par sa face diaphysaire la

moindre épaisseur de tissu osseux. Quelques auteurs déclarèrent plus tard, sans preuve bien évidente, que le décollement vrai n'existait pas, et que, dans tous les cas, même chez les plus jeunes sujets, le trait de séparation passait à quelque distance du cartilage à travers le tissu osseux.

En présence de ces deux opinions, entre lesquelles il était difficile de prendre parti, faute de données suffisantes, nous avons eu l'idée de demander à l'examen histologique la précision que de simples constatations macroscopiques n'avaient pu fournir jusqu'à présent.

Nous avons examiné successivement des épiphyses décollées expérimentalement : 1° chez un fœtus à terme non macéré, 2° chez un enfant de trois ans. Chez le premier, la séparation de l'épiphyse se fait au niveau de la couche ostéoïde ; cette couche, qui fait suite immédiatement au cartilage sérié, se présente sur nos préparations sous forme d'un ensemble de petites dentelures implantées perpendiculairement sur le cartilage, et dont les bords sont festonnés latéralement, mais nulle part il existe d'ostéoblastes.

Dans les épiphyses décollées chez un enfant de trois ans, nous remarquons que la surface du décollement est représentée non pas seulement par la couche ostéoïde de Ranvier, mais encore par une épaisseur assez considérable de tissu osseux proprement dit. Néanmoins les caractères de ce dernier ne sont appréciables qu'au microscope.

En résumé, histologiquement le décollement parfait n'existe pas, même chez le nouveau-né. Le décollement épiphysaire n'est autre chose qu'une fracture se *produisant entre le cartilage de conjugaison et la région bulbaire de la diaphyse.*

PARIS, IMPRIMERIE D. JOUAUST
Rue de Lille, 7